



Giovanni Monni Presidente Aogoi

cologia e per quella grande risorsa rappresentata dalla crescente femminilizzazione della professione.

**Nelle ultime settimane del 2009 si è anche conclusa la vicenda legata alla pillola RU486, con la pubblicazione in G.U. della delibera dell'Aifa in materia. Qual è il suo parere su questa vicenda?**

Nell'approccio alla mia professione ho sempre cercato di mantenere una visione laica dell'atto medico. Ho profondo rispetto per i colleghi obiettori e per tutti coloro, anche al di fuori della professione, che dissentono sull'aborto e non hanno mai visto con favore la legge 194.

Ma questa è appunto una legge dello Stato. Confermata da un referendum e da pronunciamenti costituzionali. Una legge che oggi, su questo mi sembra siano tutti d'accordo, ha sradicato la piaga dell'aborto clandestino contribuendo parallelamente a ridurre progressivamente il numero di aborti tra le donne italiane che, in una ventina d'anni, si sono ridotti di quasi il 50%.

Adesso, anche in Italia, arriva l'aborto farmacologico già in uso in quasi tutti i Paesi del mondo e comunque in tutta Europa. Penso che attorno a questo farmaco si sia fatta più politica che altro.

La realtà è che siamo dinanzi ad un farmaco registrato da tempo dalle autorità internazionali, ora autorizzato anche in Italia, e che rientra appieno nella logica della 194 laddove, all'articolo 15, si sottolinea che si debba promuovere "l'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza". La RU 486 è una nuova tecnica e come tale deve essere adottata.

**Si può usare anche in day hospital?**

Secondo me sì. Primo, perché ciò non è vietato dalla 194 che, in nessuna parte, sancisce l'obbligo del ricovero ordinario e poi, perché, come qualsiasi altro atto medico, la somministrazione

ne del farmaco deve avvenire in piena autonomia e coscienza del medico che si assume la conseguente responsabilità di aver agito al meglio per la tutela della salute della donna. E questo vale anche, e forse ancor di più, quando si tratta di un'interruzione di gravidanza. Quindi, meno politica, meno ideologia e più medicina e scienza.

**Negli ultimi anni l'Aogoi si è impegnata molto per affermare la necessità che il ginecologo diventi il medico che si occupa complessivamente della salute delle donne, che altrimenti corre il rischio di non essere adeguatamente seguita in una medicina che si pretende "indifferenziata" ed è invece sostanzialmente maschile. Con quali progetti pensate di sviluppare questa battaglia culturale nell'anno che abbiamo davanti?**

Come ho detto all'inizio di questa conversazione, la promozione della salute della donna resta la nostra scelta strategica per i prossimi anni. E lo faremo a partire dal nostro agire professionale e dal rinnovamento profondo nell'approccio alle tematiche femminili da parte della professione. Ma serve ovviamente anche il concorso di altre istituzioni e di altri mondi. Penso all'università, che dovrebbe avviare specifici insegnamenti proprio sulla specificità della donna in medicina, come all'industria della salute, dalla quale mi aspetto l'avvio di protocolli di trial clinici finalmente di genere.

Insomma, come nel caso citato della denatalità, per contrastare la quale serve un grande patto, tanto più di fronte ad un obiettivo così ambizioso come quello della salute della donna, penso si debba ricercare l'alleanza di tutto il mondo della salute. Ma anche di quelle realtà organizzate o meno dell'universo femminile nelle sue diverse articolazioni sociali. Ad esempio, è un'idea che offro alla riflessione di tutti, mi piacerebbe molto avviare un programma di attenzione alla salute e ai bisogni della donna che lavora insieme alla prima presidente donna di Confindustria Emma Marcegaglia, coinvolgendo il mondo delle imprese e delle forze sociali. È solo un esempio di ciò che penso si possa fare per far crescere la società italiana su questa nuova sensibilità, partendo da una constatazione, che non è mia ma della direttrice generale dell'Oms Margaret Chan: "la salute della donna rappresenta un paradigma del livello di civiltà e benessere di una comunità". E quindi, aggiungo io, se cresce la salute e il benessere della donna, cresce tutta la società italiana. **Y**

**Intervista a Giorgio Vittori, Presidente Sigo**

## Tutti i colori delle donne

La salute femminile è un bene che tutta la società si deve impegnare a tutelare e valorizzare perché da essa dipende il nostro futuro. E il nostro futuro – spiega il presidente della Sigo in quest'intervista al nostro giornale – è già figlio di una società multietnica

**di Arianna Alberti**

**Presidente Vittori, l'Italia, come il resto d'Europa, è sempre più multietnica. Quali sono le principali difficoltà che incontra il ginecologo con le pazienti di origine straniera?**

Le difficoltà principali sono la difficoltà di comunicazione e la differente educazione sanitaria. La prima può essere risolta, almeno parzialmente, dalla "reperibilità H24" di mediatori culturali con una formazione specifica. L'educazione sanitaria è invece molto più complessa e richiede una strategia nazionale, dedicata agli immigrati ma anche al personale sanitario con corsi di formazione di "Medicina dell'immigrazione". Del resto una buona assistenza sanitaria è direttamente collegata alla educazione sanitaria e civile della popolazione. Se manca il "prima" – con tutti i suoi filtri sul territorio, con l'informazione sanitaria distribuita (media, campagne informative, periodici) – l'impatto sulle strutture sanitarie è molto maggiore: problemi di comunicazione, mancato controllo sanitario dalla nascita in poi, mancanza di informazione sulle vaccinazioni, sul rischio personale, anamnesi familiari e personale incompleta



Giorgio Vittori Presidente Sigo



e difficile, mancata effettuazione degli esami durante la gravidanza (il 20% circa delle pazienti arriva al parto senza test Hiv). Tutti problemi che chi sta in prima linea si trova ad affrontare, spesso senza grandi aiuti o risorse.

**Come valuta, quindi, la risposta assistenziale delle nostre strutture?**

Nel 2008 il 16% dei neonati italiani è generato da madre immigrata. È un numero importante: contrasta la crescita zero ma richiede risorse idonee per essere ben gestito. In soli 10 anni è avvenuta in Italia la rivoluzione migratoria e demografica che ha richiesto decine di anni in altri paesi come Regno Unito o Francia. È soprattutto il Nord Italia, per le sue capacità di attrazione economica e di offerta di lavoro, ad avere la massima concentrazione di immigrazione e quindi del fenomeno gravidanza e nascita, con tasso di fertilità circa 2 volte superiore alla popolazione residente italiana, con età media al primo figlio di circa 24 anni, 10 anni inferiore alle italiane residenti. Le conseguenze di tale "rivoluzione demografica" sono evidenti: i figli di immigrati provengono da donne più giovani e quindi più "fragili" dal punto

di vista economico, sociale e sanitario. La risposta dei vari governi regionali è "federale", ogni regione adotta la propria politica assistenziale, mentre ritengo che il materno-infantile, comparto strategico per il futuro della nazione, avrebbe bisogno di attenzioni "nazionali". Le mamme adolescenti, e gli adolescenti in generale, devono infatti divenire l'obiettivo principale delle politiche di salute e di informazione perché, come hanno evidenziato anche nostre ricerche, è proprio in quella fascia di età che l'informazione sulla salute diviene un patrimonio stabile ed entra a far parte della cultura di base della persona. E questo vale non solo per la gravidanza prima dei 19 anni, ma anche per le politiche di contrasto all'aborto, di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, di informazione sulla pianificazione familiare e sulla salute riproduttiva. **Quanto è importante il ruolo svolto dai mediatori culturali e quanta è la presenza effettiva di queste nuove figure professionali all'interno delle strutture italiane?**

Il ruolo dei mediatori culturali

► Segue a pagina 9

ferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate.

**Costi per il ripristino del ministero.** Si tratta di un trasferimento di risorse dal Welfare alla Salute che quindi, secondo il provvedimento, non produrrà maggiori oneri per il bilancio dello Stato, tenuto conto che non vi sarà alcuna revisione dei trattamenti economici complessivi attualmente corrisposti ai dipendenti che verranno tra-

sferiti. Il ministero della Salute e quello del Welfare potranno, in ogni caso, provvedere alla copertura dei posti di funzione di livello dirigenziale generale e non, nonché di procedere ad assunzione di personale non dirigenziale, per far fronte ad eventuali incarichi rimasti scoperti. Queste nomine dovranno avvenire entro il 31 dicembre 2009 e comunque essere nei limiti delle dotazioni organiche pre-

viste. I ministeri saranno poi tenuti a presentare, entro due mesi dalla data di entrata in vigore della legge, i provvedimenti di riorganizzazione interna. In definitiva, per lo scorporo del ministero della Salute da quello del Welfare e per finanziare le attività del nuovo dicastero, lo Stato metterà sul piatto 460 mila euro per l'anno 2009 e 920 mila euro annui a partire dal 2010. ■

Il giuramento al Quirinale il 15 dicembre scorso

## Ferruccio Fazio è il nuovo ministro

**P**rima sottosegretario, poi viceministro al Welfare con delega alla Salute, ora nuovo ministro della Salute. Nato a Garesio (Cn) nel 1944, Fazio si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa nel 1968. Del suo lungo curriculum vale la pena ricordare l'incarico di direttore di servizi di Medicina Nucleare e Radioterapia presso l'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Milano, professore ordinario di Diagnostica per Immagini e Radioterapia all'Università degli Studi di Milano-Bicocca, la direzione dell'Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolari del Cnr e il ruolo di segretario del Comitato Nazionale per le Scienze Biologiche e Mediche del Cnr. Fazio ha inoltre conseguito la specializzazione in Medicina Nucleare nel 1970 e in Malattie dell'Apparato Respiratorio nel 1975. Dal 1977 al 1980 è stato Primario e Senior Lecturer in Medicina e Radiologia presso la Royal Postgraduate Medical School all'Hammersmith Hospital dell'Università di Londra, dove ha installato la prima PET in Europa. Dal 1980 è stato pioniere in Italia nell'utilizzo della PET per attività di ricerca e clinica presso l'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele. Dal 1980 al 1988 è stato Professore Incaricato e poi Associato di Medicina Nucleare presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano e dal 1987 al 1999, sempre presso la stessa Università, Professore Ordinario di Medicina Nucleare. È autore di oltre 300 pubblicazioni in extenso su riviste recensite da Science Citation Index (SCI). Nel 1992 è stato insignito della Laurea Honoris Causa in Medicina e Chirurgia dall'Università svedese di Lund e sempre nello stesso anno ha vinto il premio "Fondazione Internazionale Fabenebenefratelli" - "Medical Humanities" in Neuroscienze. Nel 2005 ha vinto il Premio Internazionale "Vivisalute". Nominato nel



maggio 2008, insieme a Francesca Martini e Maria Eugenia Roccella, sottosegretario del Welfare con delega alla Salute nel nuovo Governo Berlusconi, Fazio è stato fin da subito l'interlocutore di riferimento in materia sanitaria. Il suo ruolo e il suo volto sono diventati noti a tutta Italia soprattutto a seguito della minaccia di pandemia di Influenza A, ma anche fuori dai riflettori è stato lui il principale rappresentante del Governo sulla Salute, trattando di Piani di Rientro, di medicina del Territorio, di ospedali e ammodernamento tecnologico, di Lea e Piano Salute, con l'intenzione di sviluppare la sanità del Sud a partire dalla razionalizzazione della rete ospedaliera e l'ammodernamento tecnologico. Ma soprattutto, con la realizzazione vera, in tutta Italia, dell'assistenza territoriale, perché "se si aumentano i servizi nel territorio si riducono i costi".

A lui toccò anche spiegare le intenzioni del Governo quando il 20 maggio 2009 il premier Berlusconi, partecipando all'inaugurazione di una struttura privata accreditata, affermò che "all'Italia serve una riforma sanitaria e il modello da seguire è quello pubblico-privato ispirato a tre principi: la libertà di ogni cittadino nella scelta del medico, quella di andare a farsi curare dove vuole e il pagamento a prestazione".

Nei fatti, spiegò Fazio, si tratterebbe di "attivare i fondi strutturali per finanziare le opere di ri-

qualificazione degli ospedali con il 50% di finanziamento a fondo perduto e il 50% di project financing". Secondo Fazio "potrebbero dunque crearsi delle situazioni in cui, all'interno degli ospedali pubblici, ci saranno delle unità gestite privatamente.

La riqualificazione degli ospedali è l'obiettivo da raggiungere e, se per arrivare a questo può essere utile il contributo del privato, allora ben venga". Detto questo Fazio può essere senz'altro annoverato tra i fan del Ssn: "Non c'è sistema migliore, ha recentemente dichiarato. Quali saranno le intenzioni e le azioni concrete che Fazio realizzerà ora che è a capo del rinato e autonomo ministero della Salute - anche se con il forte ruolo dato all'Economia che ne ridimensiona le effettive competenze - ce lo dirà il tempo. Di sicuro, al momento, c'è che il neoministro dovrà vedersela con il lancio del federalismo e dei costi standard, sui quali le Regioni hanno già mostrato il pugno duro.

E toccherà a lui vedersela con i medici, che hanno appena ripreso la "vertenza salute" riguardo alla quale pretendono risposte alle criticità e alle istanze presentate al Governo da oltre un anno e cadute nel silenzio. E poi governo clinico, proroga dell'intramoenia, istituzioni dei nuovi albi per le professioni sanitarie, piani di rientro e controllo della spesa sanitaria. Vecchi e nuovi problemi che hanno già riempito la sua nuova scrivania da ministro.

### ► Segue da pagina 7

è fondamentale, anche se la distribuzione sul territorio è assai variabile e spesso dipende da iniziative locali. Nel caso del matero infantile e per le problematiche della salute della donna il ruolo del mediatore culturale è più complesso e completo e comprende anche aspetti molto caratteristici delle varie etnie e delle religioni. Un esempio tipico: la richiesta di ginecologi di sesso femminile sia per l'assistenza durante la gravidanza che durante il parto. Per talune culture la presenza di un ginecologo uomo durante la visita ginecologica viene vista come una violenza e in ogni caso un fattore limitante la comunicazione necessaria per assistere una paziente, che non è educata a raccogliere le informazioni relative alla sua storia sanitaria. In ogni caso gli standard di valutazione da parte delle strutture sanitarie e in caso di problemi medico-legali, sono quelli previsti per ogni cittadino italiano.

**A parere degli esperti il fenomeno immigratorio rappresenta un'opportunità per rilanciare una politica socio-sanitaria più attenta alle fasce deboli della popolazione. Paradossalmente potrebbe favorire un nuovo modello di sanità, più attento alla realtà delle persone che ai ricavi nell'erogazione di prestazioni. Che ne pensa?**

Penso che le problematiche del matero infantile "immigrato", assieme a quello nazionale, oggi costituiscano una vera priorità per il nostro Paese. I numeri, le risorse disponibili, la rivoluzione demografica e le sue conseguenze sociali ed economiche costituiscono un vero e proprio problema strategico multifattoriale e multidisciplinare la cui corretta soluzione richiede le migliori risorse del paese. Se le grandi professionalità esistenti considerassero prioritaria la soluzione del fenomeno "matero infantile" e "salute femminile" e se concentrassero in modo razionale le enormi risorse esistenti su questo tema, sono certo che in pochi anni si potrebbero armonizzare le risorse e le politiche assistenziali ottenendo un grande successo.

**In questo quadro quale ruolo vede per la Sigo?**

L'azione della Sigo è quella di divenire una istituzione visibile, credibile, proattiva nel sensibilizzare le istituzioni nazionali e regionali, le pazienti e le associazioni di pazienti e la comunità dei ginecologi italiani (università, ospedale, territorio). Vogliamo in tal senso dar vita a delle vere e proprie lobby "etiche", cercando sostenitori per le politiche dedicate alla salute della donna e del nascituro.

**Un'ultima domanda. Ormai da molti anni, anche in Italia, intorno a importanti patologie di interesse sociale o di grande diffusione si è creato un circuito di sostegno (anche se non sempre disinteressato) fatto di associa-**

**zioni di malati, di grandi istituzioni pubbliche e private e aziende del settore e non. Pensa che nel momento in cui la ginecologia italiana ha assunto come suo orizzonte il grande tema della salute della donna a 360° si possano creare opportunità analoghe?**

Le rispondo con semplici constatazioni relative all'esperienza di anni: negli ultimi 15 anni, durante il processo di aziendalizzazione abbiamo assistito ad una importante distorsione delle politiche assistenziali, in parte derivata da un'applicazione statica del sistema Drg, in parte dalla evoluzione della tecnologia nel mondo sanitario. Alcuni esempi: la protesica in ortopedia (grande disponibilità di tecnologia, protesi di ginocchio, di anca), i grandi progressi in cardiologia interventistica, l'oncologia e le grandi risorse dedicate alla chemioterapia, solo per citarne alcuni.

In realtà il sistema sanitario e il mondo sanitario subisce la "pressione" della tecnologia e così come nessuno oggi si sognerebbe di comprare un'automobile senza aria condizionata e Abs, nessun paziente tollererebbe di essere sottoposto ad una terapia "obsoleta" o di vecchia generazione (se fosse adeguatamente informato). Voglio dire che l'assistenza sanitaria è in equilibrio tra spinte economiche-tecnologiche e le risorse a disposizione per una assistenza adeguata e "appropriata". Quindi negli ultimi anni le aziende sanitarie, proprio perché aziende con obbligo di rendicontazione economica, hanno privilegiato le prestazioni e le politiche sanitarie "più remunerative", con alcune vistose distorsioni (vedi il caso Santa Rita di Milano). Anche se solo in alcuni casi si è arrivati al dolo, in realtà il problema rimane e i ginecologi-ostetrici e la salute della donna e del nascituro sono rimasti senza sponsor. Crediamo infatti che il tasso di fertilità, la salute del settore matero infantile, non debbano interessare solo le aziende produttrici di lattini artificiali oppure di contraccettivi, cui dobbiamo essere grati per le iniziative che da sole mettono in atto, ma affermiamo che la salute della donna e del nascituro debba avere come sponsor principale lo Stato, la Nazione e che auspicabilmente anche il Federalismo regionale possa essere superato per assicurare livelli di assistenza realmente adeguati e omogenei. Oggi un parto in un ospedale pubblico danese vale circa 4.000 euro, il tasso di cesareo è controllato, gli indici di mortalità perinatale sono tra i migliori del mondo. In Italia un parto vale tra 1.500 e 2.000 euro e consideriamo il rimborso per togliere un utero o conservare la possibilità di preservare la fertilità allo stesso stregua, circa 2.500 euro. Poco e certamente meno di una appendicectomia. Cerchiamo un vero sponsor, convinto e potente... ■